

# 建設埼玉共済 給付申請書

地区本部	組合員番号			組合員氏名	印
------	-------	--	--	-------	---

《傷病見舞金》（労災・交通事故・私傷病）○印をつけて下さい

傷病の原因及状況					
医療機関（医師）の証明	傷病名				初診日 年 月 日
	療養の期間	年 月 日から	年 月 日まで	( )日間のうち診療実日数( )日間	
	上記のうち入院期間	年 月 日から	年 月 日まで	( )日間	
	上記のうち労務不能期間※	年 月 日から	年 月 日まで	( )日間	
	傷病の経過	年 月 日	治ゆ、継続中、中止、死亡、転院		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日				
医療機関 所在地					
名称					
医師の氏名					印

《慶弔及び住宅災害見舞金》

※1申請につき、100日未満で証明願います。

該当するものに○印をつけて下さい	死亡弔慰金		全焼壊	被共済者(対象者)	
	若年者逝去見舞金		半焼壊	フリガナ	性別
	配偶者の死亡		一部焼・冠水	氏 名	男・女
	子の死亡(同居のみ)		全壊・流失		
	同居・別居	父母の死亡	半壊	生年月日	. .
	結婚祝金		交通事故による損壊	発生年月日	. .
	出産祝金		床上浸水	その他	
	成人祝金		廃疾見舞金		
	就学祝金 (小学・中学)				

《振込先》 ※正確にご記入願います。

振込先	銀行	店番	普通 No.	名義	フリガナ
	金庫	( )			支店
	組合				
	農協				

《事務処理欄》

給付金額			本部確認	地本確認	地本担当者印
受付日	給付日		/	/	

※上記個人情報につきましては、建設埼玉共済の給付申請のみに使用いたします。